

گزارش یک مورد پارگی مری

دکتر محمدرحیم وکیلی^۱، بیتا شهباززادگان^۲

گزارش مورد

چکیده

مقدمه: پارگی مری از دیدگاه مرگ و میر، یکی از کشنده‌ترین آسیب‌های دستگاه گوارش است. علل پارگی مری، اقدامات تشخیصی، تروما و سندرم Boerhaave می‌باشد. با وجود ندرت بروز پارگی مری بعد از استفراغ، خطر مرگ و میر بالایی دارد. بنا بر این، تشخیص به موقع و درمان جراحی ضروری می‌باشد.

گزارش مورد: بیمار آقای ۴۴ ساله‌ای بود که به علت درد شدید قفسه‌ی سینه به اورژانس داخلی مراجعه کرده و حدود ۴ ساعت قبل از مراجعه به دنبال خوردن تخم مرغ دچار استفراغ شده بود. شدت استفراغ زیاد نبود و بیشتر در سمت راست قفسه‌ی سینه درد داشت. بعد از تشخیص پارگی مری، بیمار توراوتومی شد.

نتیجه‌گیری: پارگی مری یک اورژانس واقعی است و تشخیص سریع و به موقع آن، نقش به‌سزایی در نتیجه‌ی درمان و کاهش عوارض و مرگ و میر دارد.

واژگان کلیدی: پارگی مری، درد سینه، سندرم Boerhaave

ارجاع: وکیلی محمدرحیم، شهباززادگان بیتا. گزارش یک مورد پارگی مری. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۴؛ ۳۳ (۳۶۱): ۲۱۰۴-۲۱۰۲

مقدمه

پارگی مری، یک اورژانس واقعی است. تشخیص سریع و به موقع پارگی مری نقش به‌سزایی در نتیجه‌ی درمان و کاهش عوارض و مرگ و میر دارد. تشخیص دیرنگام، به خصوص در پارگی‌های داخل قفسه‌ی سینه، با میزان بالایی از عوارض و مرگ و میر همراه است و همین موضوع باعث شده است که در پارگی‌های داخل قفسه‌ی سینه و مری با تشخیص دیررس، روش درمانی یکسان و مشترکی وجود نداشته باشد (۱).

پارگی مری یکی از کشنده‌ترین انواع Mediastinitisها می‌باشد که برای نشان دادن مرگ و میر بالای آن، اغلب از آن به عنوان «مصیبت» یاد می‌شود. علل پارگی مری شامل اقدامات تشخیصی (آندوسکوپي)، اجسام خارجی، تروما و سندرم Boerhaave است. پارگی بعد از استفراغ یا سندرم Boerhaave، عامل ۱۵-۱۰ درصد موارد می‌باشد. مهم‌ترین عامل در نجات بیمار، تشخیص زودرس می‌باشد که کلید این کار، شک بالینی بالا می‌باشد. متأسفانه به علت نادر بودن این عارضه، اغلب اشتباه تشخیص داده می‌شود و علائم بیمار به سایر بیماری‌های جدی و شایع مانند سکته‌ی قلبی، زخم معده‌ی پاره شده،

آمبولی ریه و پانکراتیت حاد نسبت داده می‌شود (۲).

درمان غیر جراحی پارگی، در شرایط خاصی انجام می‌شود و به عکس‌برداری دقیق از مری نیاز دارد. درمان اصلی این بیماری، جراحی است (۳).

تشخیص با علائم بالینی مطرح و با تصویربرداری با استفاده از ماده‌ی حاجب تأیید می‌شود. لازم است در برخورد با بیماری که با تنگی نفس و درد سینه مراجعه کرده است، علاوه بر عوامل شایع، پارگی مری هم مد نظر قرار گیرد (۲).

معرفی بیمار

بیمار آقای ۴۴ ساله‌ای بود که به علت درد شدید قفسه‌ی سینه، به اورژانس داخلی مراجعه نمود. حدود ۴ ساعت قبل از مراجعه، به دنبال خوردن تخم‌مرغ دچار استفراغ شده بود که شدت آن زیاد نبود و به طور بسیار معمولی و با یک بار استفراغ کردن تهوع هم برطرف شده بود. درد، بیشتر در سمت راست قفسه‌ی سینه بود. بعد از بررسی‌های اولیه و گرفتن نوار قلبی، مشکلات قلبی رد شد و مشاوره‌ی جراحی انجام شد.

۱- استادیار، گروه جراحی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۲- کارشناس ارشد، گروه آموزش پرستاری، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و دانشجوی دکتری، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی

بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: بیتا شهباززادگان

Email: bitashahbaz2004@yahoo.com

اطمینان از عدم نشت، رژیم غذایی شروع شد و روز هشتم بیمار مرخص گردید و در بررسی‌های بعدی مشکلی نداشت.

بحث

پارگی خود به خودی مری، اولین بار توسط پزشک هندی در سال ۱۷۲۴ توصیف شد (۴). بروز علائم به دنبال نیروی ناشی از استفراغ رخ می‌دهد. سندرم Boerhaave به علت افزایش فشار داخل مری ایجاد می‌شود که در اثر اتساع ناگهانی مری در یک فضای بسته به وجود می‌آید (۵). علل پارگی مری، اقدامات تشخیصی (آندوسکوپی)، اجسام خارجی، ترومای خارجی و سندرم Boerhaave می‌باشد (۶). پارگی مری به دنبال استفراغ مری به Mediastinitis شدید و کشنده که ناشی از ورود ترشحات دستگاه گوارش و مواد غذایی به فضای پلور و میان سینه می‌باشد، منجر می‌گردد (۴).

در بین افرادی که دچار پارگی کامل مری شده‌اند، اگر درمان در ۲۴ ساعت اول بروز علائم باشد، مرگ و میر ۱۳-۲۴ درصد می‌باشد؛ در درمان بین ۲۴-۲۸ ساعت بعد از شروع علائم، ۳۳-۶۵ درصد و در درمان پس از ۴۸ ساعت، ۸۹ درصد مرگ و میر مشاهده شده است (۷). شایع‌ترین علامت این سندرم درد پشت استرنوم می‌باشد و علائم مرتبط با آن دیسفاژی اودینوفاژی، دردهای قفسه‌ای سینه، پلورتیک و تنگی نفس است (۸).

سندرم Boerhaave در بیماری زمینه‌ای مری در طرف چپ قفسه‌ای سینه و در بالای محل اتصال مری به معده، ایجاد می‌گردد (۹). پارگی خود به خود مری در غیاب هر گونه اختلال عملکردی یا بیماری مری، یک اتفاق نادر است.

در نهایت، لازم است متخصصین داخلی و جراحی، پارگی مری را به عنوان یکی از گزینه‌ها در نظر داشته باشند؛ چرا که عدم تشخیص به موقع سبب صدمات جبران ناپذیری به بیمار می‌گردد و تشخیص زودهنگام این بیماری، نجات بخش جان بیماران می‌باشد.

در معاینه‌ی بالینی بیمار، فشار خون ۱۳۰/۸۰ میلی‌متر جیوه و تعداد ضربان قلب (Pulse rate یا PR) ۱۰۰ در دقیقه بود؛ دمای بدن و سایر علائم طبیعی بود و بیمار از درد قفسه‌ای سینه در قسمت راست شاک می‌بود. سمع ریوی، کاهش صدای واضح نداشت، آمفیزم ناحیه‌ی گردنی دیده نشد. درصد اشباع اکسیژن ۹۵ درصد با ماسک اکسیژن بود؛ البته، افت درصد اشباع بدون ماسک هم نداشت. معاینات شکم طبیعی بود و Tenderness و Gardening وجود نداشت. در گرافی انجام شده، پلورال افیوژن سمت راست مشاهده شد و پنوموتوراکس (وجود هوا در حفره‌ی جنب) دیده نشد.

در تشخیص‌های افتراقی، پارگی مری هم مطرح شد. از یک طرف، شکایت بیمار در شرح حال، از شدت تهوع و استفراغ نبود و استفراغ را یک بار و بسیار کم شدت مطرح می‌کرد و همچنین در معاینات، هیچ آمفیزمی نداشت، اما از سوی دیگر، به خاطر درد شدید قفسه‌ای سینه و نبود یافته‌های قلبی و افزایش درد بدون جواب به مسکن حتی مسکن مخدر، پارگی خود به خود مری مطرح شد؛ اما چون پلورال افیوژن قابل ملاحظه در سمت راست قفسه‌ای سینه مشاهده شد، قبل از انجام ازوفاگوگرام، اقدام به تعبیه‌ی Chest tube شد و محتویات داخل معده از داخل قفسه‌ای سینه خارج گردید و پارگی مری مسجل شد. از این رو، بیمار برای توراوتومی آماده شد. به دلیل این که افیوژن در سمت راست بود، توراوتومی راست انجام شد. ترشحات داخل ریه که حاوی مواد غذایی هم بودند، شستشو داده شد. مری که حدود ۴ سانتی‌متر در یک سوم تحتانی در ناحیه‌ی لترال پاره شده بود، در دو لایه با سوچورهای جداگانه ترمیم شد و با عضله‌ی بین دنده‌ای پس از آزاد کردن و خارج کردن یک دنده حمایت گردید و Chest tube تعبیه و سپس لاپاراتومی انجام شد.

جهت احتیاط، برای بیمار، لوله‌ی تغذیه از طریق ژژنوم (Feeding jejunostomy) تعبیه شد، ۷ روز NPO (Ne per os) بود و مایع درمانی گردید و پس از آن، ازوفاگوگرام انجام شد. پس از

References

1. Daneshvar Kakhki A, Badiiei A, Ghoncheh M, Abbasi A. Primary repair of an intrathoracic esophageal perforation with late diagnosis; review of literatures and discussion. Iran J Surg 2004; 12 (33): 77-82. [In Persian].
2. Mahmodlou R. Boerhaave's syndrome presenting. Urmia Med J 2011; 22(2): 152-4. [In Persian].
3. Salo JA, Seppala KM, Pitkaranta PP, Kivilaakso EO. Spontaneous rupture and functional state of the esophagus. Surgery 1992; 112(5): 897-900.
4. Mota HJ, Ximenes NM, Medeiros AC. Postmetetic rupture of the esophagus: Boerhaave's syndrome. J Bras Pneumol 2007; 33(4): 480-3.
5. Younes Z, Johnson DA. The spectrum of spontaneous and iatrogenic esophageal injury: perforations, Mallory-Weiss tears, and hematomas. J Clin Gastroenterol 1999; 29(4): 306-17.
6. Cho S, Jheon S, Ryu KM, Lee EB. Primary esophageal repair in Boerhaave's syndrome. Dis Esophagus 2008; 21(7): 660-3.
7. Bjerke HS. Boerhaave's syndrome and barogenic injuries of the esophagus. Chest Surg Clin N Am 1994; 4(4): 819-25.
8. Singh GS, Slovis CM. "Occult" Boerhaave's syndrome. J Emerg Med 1988; 6(1): 13-6.
9. Schwartz SI, Fischer JE, Daly JM, Shires GT. Principles of surgery. 7th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1998. p. 1156-8.

Esophageal Rupture; A Case Report

Mohammad Rahim Vakili MD¹, Bitita Shahbazzadegan MSc²

Case Report

Abstract

Background: One of the most lethal damages of the gastrointestinal tract is esophageal perforation. The prevalent causes of esophageal perforation are diagnosis interventions, trauma, and Boerhaave's syndrome. Although esophageal perforation after vomiting is rare, but has a high mortality risk; therefore, early diagnosis and treatment is essential.

Case Report: The patient was a 44-year-old man admitted to the emergency room due to severe chest pain with a history of vomiting after eating egg, 4 hours ago. Vomiting was not too severe and the pain was in the right chest. After the diagnosis of esophageal rupture, the patient underwent thoracotomy.

Conclusion: As esophageal perforation is a real emergency, on-time diagnosis and treatment is vital.

Keywords: Esophageal rupture, Chest Pain, Boerhaave's syndrome

Citation: Vakili MR, Shahbazzadegan B. **Esophageal Rupture; A Case Report.** J Isfahan Med Sch 2016; 33(361): 2102-4

1- Assistant Professor, Department of Surgery, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

2- Department of Nursing, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil AND PhD student, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Bitita Shahbazzadegan MSc, Email: bitashahbaz2004@yahoo.com